Psychopathologie binnen het psychosociale werkveld

Als psychosociaal therapeut is ons vertrekpunt niet de DSM-V (het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen). Wel hebben we of krijgen we vroeg of laat te maken met psychopathologie als bijvoorbeeld een angstsyndroom, een depressief syndroom, een dwangsyndroom of een posttraumatisch stresssyndroom.

In dit artikel wil ik het daarom hebben over de volgende vraag:

Hoe belangrijk is het, als psychosociaal therapeut, om kennis te hebben van en rekening te houden met psychopathologie in het werken met cliënten in een eigen praktijk?

Om alvast vooruit te lopen op het slot van dit artikel: het ís belangrijk om kennis te hebben van en rekening te houden met de verschillende (en deels overlappende) voorkomende syndromen.

De kijk op psychopathologie vanuit de persoonsgerichte benadering

De persoonsgerichte visie van Carl Rogers (1902 – 1987) focust op de gehele, unieke mens en niet op bepaalde onderdelen van het menszijn. Rogers had een optimistische mensvisie. Vanouds was de visie van Rogers dat diagnostiek in termen van psychopathologie tekortdoet aan de eigenheid van de persoon en diens verhaal. De cliënt wordt gezien als een fundamenteel vrij persoon, met een eigen hulpvraag. De persoonsgerichte benadering gaat ervan uit dat psychologische problemen kunnen worden opgelost door middel van persoonlijke ontwikkeling, inzichten en zelfactualisatie.

De bekende Rogeriaanse grondhoudingen als empathie, echtheid en positieve aanvaarding spelen binnen elke therapeutische relatie een essentiële rol. (Baljon, Pool, Takens. 2015)

In contact met de therapeut kan een cliënt komen tot een correctieve emotionele beleving. Rogers heeft het over ons procesmatig functioneren.

Hier wordt mee bedoeld dat een cliënt:

- leert openstaan voor de eigen beleving;
- eigen lichamelijke, geestelijke en emotionele signalen oppikt en serieus neemt;
- deze beleving gebruikt om in contact te komen met dat wat hij/ zij nodig heeft (gezonde behoeftes en verlangens) en afstemt op hetgeen de situatie van hem/ haar vraagt (afstemming op de behoeftes van anderen). (Baljon, et al, 2015)

Als psychosociaal therapeuten werken we *persoons*gericht in plaats van *klacht*gericht: we richten ons op de groeimogelijkheden van de cliënt.

Wij spreken veeleer over *proces*diagnostiek, wat inhoudt dat persoonsontwikkeling niet eindig is maar een doorgaand proces. Het is een doorlopend en transparant afstemmen met de cliënt. (Baljon, et al. 2015)

Aandacht voor psychopathologie in de eigen praktijk

De psychosociale therapie is een complementaire vorm van zorg. Mensen kunnen zich, zonder verwijzing, aanmelden, maar mensen komen ook via een verwijzing van bijvoorbeeld een huisarts, bedrijfsarts, soms zelfs een fysiotherapeut.

Het aanmeldingsformulier en de intake zijn goede middelen om de hulpverleningsgeschiedenis van de client te leren kennen: diagnose(s), huidige hulpverleningstraject(en) en medicatiegebruik.

Hoewel een DSM-diagnose dus niet het vertrekpunt is van waaruit we werken, is oog hebben voor psychopathologie binnen je praktijk van psychosociale therapie wel belangrijk in je bejegening naar een cliënt toe. Een DSM-diagnose kan namelijk invloed hebben op het therapeutisch proces (de begeleiding).

Begeleidingsdoelstellingen kunnen onvoldoende tot hun recht komen als (zwaardere) psychopathologie een rol speelt bij een cliënt. Er kan atypisch gereageerd worden op een verwachte prognose. Ik zal een voorbeeld geven.

Als een cliënt de diagnose ASS heeft (autismespectrumstoornis) zal hij wellicht anders reageren op bijvoorbeeld een focusoefening of een oefening met vloerankers. De cliënt zal op zijn manier meer moeite hebben met eigen emoties, het herkennen en benoemen daarvan. Mentaliseren kan lastig zijn en zo ook het interpersoonlijk contact. Ook nemen mensen met ASS vaak dingen letterlijk, bepaalde opmerkingen kunnen verwarring veroorzaken, zoals:

- Vertel me eens wat je op je hart hebt?
- Hoe ziet jouw verdriet eruit en waar merk je dat op in je lijf?

Dat geeft niet maar vergt wel wat aanpassing en rekening houden met.

Dit kan, op andere manieren, ook gelden voor mensen met bijvoorbeeld een posttraumatisch stresssyndroom of een borderlinepersoonlijkheid.

Bij een intake is het van belang dat je inschat, als er sprake is van psychopathologie bij een cliënt, of iemand nog voldoende functioneert op de verschillende levensgebieden of daar onder begeleiding van de gesprekken met jou weer toe kan komen. `Voldoende' is natuurlijk een breed en subjectief begrip, wat afhangt van jouw inschatting, maar ook die van de cliënt zelf. Met de verschillende levensgebieden kun

“Een DSM-diagnose kan namelijk invloed hebben op het therapeutisch proces (de begeleiding).”

je denken aan ouderschap, werk en relaties.
Het komt eigenlijk meestal neer op de behoefte aan meer autonomie of verbondenheid (of beide), wat in de weg gezeten wordt door rigide, affectieve overlevingspatronen.
Bijvoorbeeld moeite met delen van kwetsbaarheid met anderen, moeite met zelfzorg of moeite hebben met relaties aangaan.
Als je inschat, in samenspraak met de cliënt, dat de begeleiding die je kan bieden onvoldoende is, moet er gekeken worden of specialistische zorg meer zinvol is.
Het is belangrijk dat je weet wanneer je moet opschalen als onze complementaire zorg niet toereikend genoeg is. Als je geen of onvoldoende oog hebt voor bestaande psychopathologie bij een cliënt, kun je voor verrassingen komen te staan.

Twee praktijkvoorbeelden

Een psychosociaal therapeut begeleidde een cliënt maar merkte dat het steeds niet lekker liep. Het bleek dat deze cliënt een verslaving had die zij onvoldoende aandacht had gegeven tijdens de aanmelding en intakefase. Nu stagneerde het therapieproces. Zijn verslavings-problematiek moest eerst behandeld worden eer hij de psychosociale therapie weer verder op kon pakken. De therapeut verwees hem naar de specialistische GGZ.

Een psychosociaal therapeut begeleidde een cliënt met depressieve klachten. De cliënt had een psychiater als hoofd- behandelaar. Nu zag de therapeut dat de man steeds verder afgleed i.p.v. opknapte. Zij vroeg of de man dit herkende en dat was zo. Zij adviseerde de cliënt naar de huisarts te gaan en/of dit voor te leggen aan de behandelend psychiater. Wat bleek? Zijn antidepressivum sloeg niet aan vanwege een schildklierprobleem.

Het is dus belangrijk dat je breed blijft kijken! Psychosociale therapie kan naast een regulier hulpverleningstraject lopen, of na een specialistische behandeling weer opgepakt worden. Mensen komen in therapie na een impact gebeurtenis en aanhoudende klachten. Eerdere psychopathologie kan de kop weer opsteken maar ook kan nieuwe psychopathologie geactiveerd worden.

Een praktijkvoorbeeld:

Een vrouwelijke cliënt had zich aangemeld nadat haar man was overleden. Ze was er nadien achtergekomen dat hij overspel had gepleegd. Deze cliënt had eerder een EMDR- behandeling gehad voor een kikkerfobie die ze had opgelopen door een traumatische gebeurtenis als kind. Deze behandeling had geholpen, ze had er al jaren geen last meer van. Maar nu toch ineens stak de kikkerfobie de kop weer op. Zo erg dat ze haar huis niet meer uit durfde uit angst een kikker tegen te komen.
Door het overlijden van haar man en diens overspel was ze verminderd weerbaar en stak deze 'oude´ psychopathologie weer de kop op...

Zo kun je ook denken aan een cliënt die iets traumatisch heeft meegemaakt als bijvoorbeeld een overval in een winkel en hierna last krijgt van herbelevingen, hyperventilatie, nachtmerries en als gevolg hiervan de stad niet meer in durft (vermijding).
Of iemand die dement raakt; dementerende mensen raken hun eerdere copingstijlen kwijt en hebben decorumverlies; ze slaan bijvoorbeeld hun partner ineens als ze de draad kwijtraken want alles is onveilig geworden...

Positieve en negatieve indicatiecriteria binnen psychosociale therapie

Positieve indicatiecriteria:
A. Voldoende motivatie, lijdensdruk en interesse om te 'groeien´;
B. Voldoende ziekte-inzicht, bereidheid zichzelf ter discussie te stellen en verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen functioneren;
C. Voldoende vaardigheden op de volgende drie gebieden: zich openstellen voor innerlijke ervaringen (zoals gevoelens, fantasieën), een redelijk verbaal vermogen en kunnen omgaan met de therapeutische relatie;
D. Enige frustratietolerantie en doorzettingsvermogen;
E. Klachten die als kenmerk hebben dat ze betrekking hebben op de zelfbeleving en het eigen functioneren (zoals minderwaardigheidsgevoelens, faalangst, verlegenheid, depressie en vage angsten).

Negatieve indicatiecriteria zijn:
A. Primair op gedragsverandering gericht
B. Een rigide, defensieve en dogmatische instelling
C. Externe gerichtheid (de oorzaken van problemen buiten zichzelf zoeken)
D. Een sterke neiging tot afhankelijkheid
E. Overspoelende angsten
F. Psychotisch zijn
G. Verslavingen
H. Delinquent gedrag/antisociale persoonlijkheid

"Psychosociale therapie kan naast een regulier hulpverlenings-traject lopen, of na een specialistische behandeling weer opgepakt worden."

“Kort door de bocht kun je zeggen dat ‘milde’ psychopathologie wel plaats kan hebben binnen psychosociale therapie en ‘zware’ psychopathologie niet.”

Als contra-indicaties worden ook genoemd:

- Organische stoornissen, schizofrenie, bipolaire stoornissen (Baljon, et al, 2015, p. 150)

Kort door de bocht kun je zeggen dat ‘milde´ psychopathologie wel plaats kan hebben binnen psychosociale therapie en ‘zware´ psychopathologie niet.
Om goed in te schatten waar je mogelijkheden en onmogelijkheden liggen is kennis hieromtrent van belang!

Adviezen

Verdiep je in de materie door het volgen van een cursus psychopathologie en houd je kennis op peil door het lezen van vakliteratuur.
Sluit je aan bij een interviesiegroep bijvoorbeeld via de beroepsvereniging. Supervisie en intervisie zijn ook vormen van deskundigheidsbevordering en bieden de gelegenheid werkervaringen met vakgenoten uit te wisselen.
Zoek samenwerkingspartners op. Bij twijfel kan het handig zijn om intercollegiaal contact te hebben met bijvoorbeeld de huisarts, praktijkondersteuner (POH-GGZ) en/of de hoofdbehandelaar van een cliënt (psychiater/psychotherapeut/psycholoog).
Weet wie de doelgroep is van je praktijk. Richt je je op een speciale groep of op een specifieke problematiek? Wanneer je dit duidelijk voor ogen hebt, kun je je meer en meer specialiseren.

Tot slot

Ik hoop met dit artikel duidelijk te hebben gemaakt dat wij, als psychosociaal therapeuten, kennis moeten hebben van psychopathologie. Hoewel de DSM-V niet onze leidraad is in de begeleiding is het niet alleen van belang om kennis te vernemen van al gediagnosticeerde DSM-diagnose(s) bij een cliënt, maar ook om oog te hebben voor eventueel opstekende psychopathologische symptomen in een al lopend therapieproces.
Wees hierover transparant met een cliënt om stagnaties in de werkrelatie en begeleidingsdoelen te voorkomen.
Opereer niet solistisch en overleg, indien nodig, met collega-therapeuten.

Ik wil afsluiten met een quote van Carl Rogers:
“A person is a fluid process, not a fixed and static entity; a flowing river of change, not a block of solid material; a continually changing constellation of potentialities, not a fixed quantity of traits.” Carl R. Rogers, On Becoming a Person: A Therapist’s View of Psychotherapy (1961)

Bronnen

- Baljon, M. Pool, G. Takens, R. J. (2015). *Persoonsgerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- www.mijneigenpraktijk.nl/
- www.de-nfg.nl

Katja van Meurs volgde de studie, Psychosociale Therapie aan de Sociale Academie Utrecht. Dit artikel is een ingekorte versie van het artikel dat zij schreef voor haar studie. Het oorspronkelijke artikel kan opgevraagd worden bij de redactie.

Met dank aan de Sociale Academie Utrecht, opleiding Psychosociale Therapie.